

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMATOCOLPOS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juin 1907 à 1 heure

PAR

H. BRÉSARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Président	M. SEGOND, professeur.
Juges.	MM. PINARD, professeur.
	LEGUEU, agrégé.
	Pierre DUVAL, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1907



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté

Chirurgien de la Salpêtrière

Officier de la Légion d'Honneur

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES DANS LES HOPITAUX

(1898-1899) MM. les Docteurs CAMPENON, CAUSSADE, MONOD

EXTERNAT

(1899) *Hôpital Beaujon*

Monsieur le Docteur MARCHAND

(1900-01) *Hôpital Saint-Louis*

Monsieur le Docteur TENNESON

(1901-02) *Hôpital Tenon*

Monsieur le Docteur ACHARD

(1902-03) *Hôpital Lariboisière et Hôpital Tenon*

Monsieur le Docteur DREYFUS-BRISSAC

Monsieur le Docteur GAILLARD

Monsieur le Docteur PARMENTIER

INTERNAT

(1903-04) *Hôpital Broussais*

Monsieur le Docteur POTHERAT

(1904-05) *Hôpital Tenon*

Monsieur le Docteur CAUSSADE

(1905-06) *Hôpital Saint-Antoine*

Monsieur le Professeur agrégé MONOD

Monsieur le Docteur LAUNAY

(1906-07) *Hôpital de l'Hôtel-Dieu*

Monsieur le Docteur GUINARD

M. le Professeur agrégé MORESTIN.

M. le Professeur PINARD, Professeur d'Obstétrique.

M. le Docteur BOISSARD, Accoucheur de l'Hôpital Tenon.

M. le Docteur CHAMPETIER DE RIBES, Accoucheur des Hôpitaux.

M. le Docteur COUDERT, Chef de Clinique de la Clinique Tarnier.

M. le Docteur MACAIGNE, Médecin des Hôpitaux, Chef de laboratoire de l'Amphithéâtre des Hôpitaux.

MM. les Docteurs GUISEZ et HAUTANT, Assistants d'oto-rhinolaryngologie.

MM. les Docteurs MONTHUS et CANTONNET, Chefs de Clinique d'ophtalmologie.

A MON EXCELLENT AMI

M. le Docteur LAUBRY, Chef de laboratoire à l'Hôpital St-Antoine.

INTRODUCTION

Il y a quelques mois, au cours de notre dernière année d'internat dans le service de notre maître, M. le docteur Guinard, nous eûmes l'occasion d'examiner une jeune fille amenée par un confrère de ville qui désirait être éclairé sur le diagnostic de l'affection que cette jeune fille présentait. Appelé deux ou trois jours auparavant auprès de cette jeune personne pour un épistaxis d'une durée un peu anormale qu'il arrête par un tamponnement, ayant appris la fréquence de ces épistaxis dans son interrogatoire pour connaître la cause de l'hémorragie pour laquelle on l'avait dérangé, il dirige ses investigations du côté du foie.

En palpant l'abdomen, quel n'est pas son étonnement de trouver une grosse tumeur venant du petit bassin dont elle émerge au niveau de la région hypogastrique. Cette tumeur lui donne l'impression d'un utérus gravide de huit mois. La jeune malade a l'air de ne pas s'en être aperçue, ou tout au moins si elle s'en est aperçue elle ne s'en est pas beaucoup inquiétée. Impossible de trouver dans cette tumeur que l'on peut palper avec la plus grande facilité la moindre trace de parties fœtales. Pas de bruit de souffle, pas de battements fœtaux. Pas de ligne brune, rien du côté des seins. Le diagnostic de grossesse n'est donc pas admissible. Le médecin pense à un kyste de l'ovaire, mais avec bien des réserves. Ce n'est pas une tumeur fluctuante, la malade est au début

à peine de sa vie génitale, elle a si peu souffert du ventre avec un kyste aussi énorme. Il se décide donc à recourir aux lumières du docteur Guinard qu'il connaît depuis longtemps comme un excellent clinicien. Ce dernier, après un interrogatoire soigné, après un examen méthodique, porte le diagnostic, au grand étonnement de l'entourage, d'hématocolpos. Je vais probablement, nous dit M. Guinard, lorsque j'examinerai cette malade au spéculum, trouver une imperforation de l'hymen et en incisant la membrane obturatrice vous verrez s'écouler un liquide ayant l'aspect et la couleur d'une crème au chocolat.

Quelques instants après, nous voyons la confirmation des prévisions de notre maître.

L'hématocolpos est une affection assez rare et peu connue en France. M. Guinard a eu la bonne fortune d'en observer quatre cas.

Dans aucun de ces cas, il n'a reconnu l'allure clinique décrite dans les livres classiques. Il lui a donc paru intéressant, en se basant sur quatre observations, ce qui est assez considérable pour une affection aussi rare, d'attirer à nouveau l'attention sur l'évolution clinique de l'hématocolpos.

Nous en profitons ici pour le remercier d'abord d'avoir bien voulu nous charger de ce travail, ensuite et surtout, de l'excellente année que nous avons passée dans son service.

Nous commencerons ce modeste travail en faisant un petit chapitre d'embryologie qui nous donnera la clef de la pathogénie de l'hématocolpos congénital, affection plus fréquente et plus intéressante que l'hématocolpos acquis dont nous aurons du reste vite vu l'étiologie. Nous insisterons ensuite surtout sur la partie clinique qui est en somme la partie intéressante et originale de notre thèse et nous terminerons par un rapide aperçu sur le pronostic et le traitement de l'hématocolpos.

CHAPITRE PREMIER

EMBRYOLOGIE

Et d'abord qu'est-ce que l'hématocolpos ?

Nous définirons l'hématocolpos (αιμα, sang ; κολπος, vagin) la rétention du sang menstruel dans le vagin par suite d'oblitération ou d'absence partielle de ce conduit. C'est donc une résultante d'une malformation du conduit vaginal ou des organes génitaux externes qui lui sont annexés, comme l'hymen par exemple.

Pour que l'hématocolpos puisse se produire, il faut qu'il y ait intégrité et bonne conformation d'une portion notable du vagin, que l'utérus, les trompes et les ovaires soient en excellent état et aptes à fonctionner.

Nous invoquons donc comme pathogénie la plus fréquente de l'hématocolpos une malformation du conduit vaginal ou des organes génitaux externes.

Pour bien comprendre cette malformation, il est nécessaire de rappeler tout au moins dans ses lignes générales le développement du vagin et des organes génitaux externes.

Ne voulant pas refaire toute l'embryologie des organes génito-urinaires, dont le développement est si connexe qu'il est impossible de les étudier séparément, nous nous contenterons d'étudier l'évolution de la membrane anale et des canaux de Müller.

Sur l'embryon étalé en un plan à la surface de l'œuf, on voit sur la ligne médiane : en avant, une gouttière qui est le premier rudiment du système nerveux central ; en arrière, du côté qui sera plus tard l'extrémité caudale, une autre formation, la ligne primitive qui occupe toute la partie postérieure de l'embryon à partir du point où se termine la gouttière médullaire.

Pour Kölliker, Bonnet, Keibel, une partie de la ligne primitive sert à l'édification de la région urogénitale.

Lorsque l'embryon prend la forme d'une nacelle par inflexion de ses parties antérieure et postérieure, il en résulte que la ligne primitive infléchie est divisée en deux moitiés. Ce qui constituait la partie postérieure de la ligne primitive est devenu une portion ventrale et s'appelle la membrane anale, elle constitue sur la ligne médiane la paroi inférieure de l'intestin postérieur.

Que va-t-il se passer au-dessus de cette membrane anale, dans cette région du cloaque interne ou extrémité postérieure de l'intestin ? Retterer a bien montré comment ce cloaque interne se cloisonnait. Deux bourgeons, les replis de Rathke, se soulèvent de ses parois latérales et marchent à la rencontre l'un de l'autre. Quand ils se sont rencontrés sur la ligne médiane, ils se juxtaposent et forment une cloison transversale qui divise l'extrémité postérieure de l'intestin primitif en deux portions, une supérieure ou gros intestin, une inférieure ou allantoïde. Le cloaque sera ainsi divisé en deux segments distincts, l'un postéro-supérieur qui reste en continuité avec le canal intestinal et dont l'extrémité inférieure formera le rectum, et l'autre antérieur et inférieur (allantoïde, sinus uro-génital) aux dépens duquel se développeront la vessie et la portion prostatique du canal de l'urèthre.

Quant à la membrane cloacale, elle se trouve, elle aussi, fragmentée en deux parties, l'une supérieure ou lame uro-

génitale en rapport avec le sinus uro-génital, l'autre inférieure ou membrane anale en rapport avec le rectum.

Dans le sinus uro-génital vient se jeter le cordon génital formé par l'accrolement des canaux de Wolff et de Müller.

Que se passe-t-il en dessous de la membrane cloacale ? Nous assistons à la formation du cloaque externe. Sur un embryon de quatre semaines on voit qu'il existe entre les deux bourgeons qui seront plus tard les membres inférieurs une dépression ovalaire ou cloaque externe. Cette dépression est limitée en arrière par le bourgeon caudal, en avant par une éminence arrondie, le tubercule génital, sur les côtés par deux bourrelets symétriques, les bourrelets génitaux. Son fond est tapissé par la membrane cloacale qui sépare le cloaque externe du cloaque interne.

Que devient la membrane cloacale ? Au centre, elle se confond avec les plis de Rathke pour constituer le permée. En avant, elle se résorbe pour former la fente génito-urinaire ; en arrière, pour former l'orifice anal. Mais la membrane cloacale ne disparaît pas entièrement ; sa partie tout antérieure s'enfonce, sous forme d'une lame étroite, dans le bourgeon génital dont elle divise la base en deux portions (futurs corps caverneux) et qui entoure en avant la fente de l'ouverture externe du sinus uro-génital.

Les cloaques externe et interne communiquant, supposons que le fœtus évolue vers le sexe féminin. Les canaux de Wolff s'atrophient, donnant naissance néanmoins à l'organe de Rosenmüller, au paroophore, qui se trouvent inclus dans le ligament large.

Quant aux canaux de Müller postérieurs aux canaux de Wolff, dérivés de l'invagination de l'épithélium pleuro-péritonéal, accolés aux canaux de Wolff avec lesquels ils forment le cordon génital, ils constitueront les trompes, l'utérus et le vagin ; les deux conduits séparés au-dessus des ligaments de Hunter où ils forment les deux trompes se réunissent en

dessous pour former le canal génital de Leuckardt. Ils s'unissent d'abord sur la ligne médiane pour former un canal cloisonné longitudinalement. La cloison se résorbe plus tard et vers le cinquième mois existe un canal unique déjà différencié en utérus et en vagin.

Quant à la vulve, elle se développe aux dépens des téguments ectodermiques qui entouraient le cloaque externe, aux dépens du sinus uro-génital et enfin des restes du bouchon cloacal. Le tubercule génital sera le clitoris ; les bourrelets génitaux les grandes lèvres ; le bord du sillon génital limitant l'entrée du sinus uro-génital les petites lèvres.

Les restes du bourgeon cloacal donneront lieu de chaque côté de la fente vulvaire aux corps caverneux et au-dessus du clitoris à une partie de la paroi sous-ombilicale.

Quant au sinus uro-génital devenu canal vestibulaire, il est englobé en quelque sorte par le développement prépondérant du vagin et presque identifié avec l'orifice de ce dernier. Si bien que chez la femme adulte les vestiges du sinus uro-génital sont réduits à la petite zone triangulaire sous-clitoridienne, au pourtour vaginal, au bourrelet péri-urétral, enfin, suivant Pozzi, à l'hymen.

L'hymen, pour ce dernier auteur, se développerait vers la 19^e semaine de la vie intra-utérine par deux saillies linéaires d'origine ectodermique. Elles encadrent à la fois l'orifice vaginal et le méat urinaire, puis se rattachent en haut à la base du clitoris par une sorte de bride dite bride masculine.

Cet appareil hyménéal comprend donc trois parties :

- α L'hymen proprement dit ou hymen vulvo-vaginal ;
- β Le bourrelet du méat ou hymen urétral ;
- γ La bride masculine du vestibule.

Pozzi se base pour attribuer à l'hymen une origine ectodermique sur ce fait qu'on voit, lorsqu'il manque la portion inférieure du vagin, la membrane hymen exister quand même.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

De ce court exposé embryologique nous pouvons conclure que le conduit vaginal, interposé aux deux groupes des organes génitaux, organes génitaux internes d'une part, organes génitaux externes d'autre part, chargé de relier ces deux groupes, peut être considéré par son développement comme un organe mixte. L'orifice vaginal en effet se rattache aux métamorphoses du groupe externe, tandis que la genèse des cinq sixième de la partie supérieure du vagin est le fait du bourgeonnement et du creusement de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. Il résulte de cette connexité mais surtout de celle qui existe entre le développement du vagin et celui du rectum et de la vessie que les vices de conformation du conduit vaginal sont le plus souvent complexes. On voit coïncider avec eux des vices de conformation soit de l'anus et de l'urèthre, soit des organes génitaux internes, soit enfin des communications anormales du rectum avec la vessie.

Cette complexité des vices de conformation nous explique la rareté de l'hématocolpos.

Pour la production d'un hématocolpos il faut une malformation congénitale du vagin mais encore faut-il qu'elle soit peu accentuée. Pour peu que le vice de conformation soit un peu sérieux il s'accompagnera très fréquemment d'atrophie

des organes génitaux internes de l'ovaire par conséquent, et si pas d'ovaire, pas de menstruation, pas d'hématocolpos.

Donc pour production de l'hématocolpos, vice de conformation, mais sans complexité.

Le type de l'hématocolpos nous sera donné dans les cas d'imperforation de l'hymen. Il y a exagération du développement des deux saillies linéaires qui encadrent l'orifice vaginal qui se trouve complètement obturé. Dans d'autres cas l'hymen sera normal, mais à l'entrée de l'orifice vaginal nous trouverons une bride formant diaphragme complet et obstruant le vagin à l'union du vestibule et de la terminaison des conduits de Müller. Un peu plus haut dans le conduit vaginal nous pourrions avoir un rétrécissement ou une sténose congénitale du conduit le fermant complètement. Quelle sera la cause de ces brides, de ces rétrécissements ? Pour les uns le diaphragme est dû à un arrêt très partiel dans le creusement du bourgeonnement de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. Pour Pozzi c'est un reste du cloisonnement longitudinal en partie disparu.

Pour d'autres c'est le résultat d'un processus phlegmasique de la période embryonnaire. Enfin pour Debierre c'est un retour à une disposition existant normalement chez certains animaux, chez la femelle du chimpanzé ou chez la brebis. Nous rencontrerons encore l'hématocolpos dans des cas de malformation du vagin un peu plus considérable. Dans les cas par exemple de vagin double. Le cloisonnement longitudinal qui sépare les deux conduits de Müller accolés a persisté, d'où vagin double. Si l'un de ces vagins est obturé à son extrémité inférieure nous aurons l'hématocolpos latéral.

Le vagin enfin peut manquer à son extrémité inférieure où il est remplacé par un cordon fibreux aboutissant au cul de sac vaginal subsistant. Il y aura hématocolpos partiel.

Si le vagin manque complètement nous aurons alors à envisager une autre affection l'hématométrie ou rétention de

sang menstruel dans l'utérus. Mais cette affection quoique proche parente de l'hématocolpos ne rentre pas dans le cadre de notre thèse, nous en reparlerons du reste incidemment car quelques cas d'hématocolpos ont été publiés sous le nom d'hématométrie. Certains auteurs en effet confondent les deux affections ou tout au moins croient qu'elles coexistent toujours. Nous verrons que dans nos observations nous n'avons jamais vu cette coexistence et nous tâcherons d'en donner la raison.

Telles sont les principales causes de l'hématocolpos congénital qui, hâtons-nous de le dire, est le plus fréquent.

On pourra voir quelquefois un hématocolpos de cause acquise.

Parfois, mais rarement c'est à la suite d'ulcérations inflammatoires ou spécifiques du vagin.

D'autres fois le rétrécissement acquis est la conséquence d'une inflammation diffuse. Comme terminaison d'une vaginite chronique diffuse s'organise un processus de sclérose obstruant le vagin,

Causes excessivement rares qu'on retrouve dans les auteurs et dont nous ne pouvons pas citer d'observations.

Plus souvent l'accouchement laborieux déterminant une sphacèle des parois vaginales pourra ultérieurement causer un hématocolpos par rétrécissement cicatriciel comme l'indique l'observation de Larrivé.

Enfin l'oblitération acquise du vagin pourra être consécutive à une gangrène des parois de ce conduit à la suite d'une infection puerpérale, typhoïde, ou à la suite d'une variole, ou bien même pourra être l'épiphénomène d'une production cancéreuse détruisant et obstruant une partie du vagin.

Est-ce que l'hématocolpos constitue une affection fréquente ?

Nous ne le croyons pas quoique des auteurs comme Churchill et Ashwell prétendent que les cas dans lesquels l'orifice vaginal est complètement fermé depuis l'urèthre jusqu'à la

fourchette sont très nombreux. Là, disent-ils, où devrait être une fente on voit une simple ligne ou une membrane tendue. Churchill en a vu de nombreux exemples, quelquefois même deux ou trois dans la même famille. Pourquoi donc l'hématocolpos est-il si rare? Les deux auteurs anglais supposent que bien souvent les parents ou les enfants remédient eux-mêmes à cette anomalie avant l'âge où elle pourrait devenir gênante.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Durant la première période de la vie jusqu'à la puberté, les imperforations de l'hymen ou du vagin ne présentent pas d'inconvénient.

Mais la puberté arrivée, les règles ne pouvant pas s'échapper, des accidents se produisent.

Pour les auteurs classiques, qu'il y ait une imperforation de l'hymen, une absence de l'orifice vaginal, un diaphragme cloisonnant le vagin, une absence partielle ou totale de ce conduit, une imperforation ou une absence du col utérin, une atrésie des ostium uterinum on voit naître à la puberté une série d'accidents, les uns fonctionnels, les autres physiques. Pour eux les symptômes fonctionnels de l'hématocolpos, de l'hématomètre ou de l'hématosalpinx sont tous les mêmes, l'évolution en est absolument identique, du reste bien souvent les trois affections coïncident. Ce n'est qu'en s'appuyant sur les symptômes physiques qu'on peut arriver à différencier. Ces trois complications des atrésies des voies génitales « les vices de conformation, ainsi que le dit Bernutz se traduisent par deux groupes de symptômes, le premier groupe est commun à toute atrésie des voies génitales et établit l'existence d'un obstacle insurmontable à l'évacuation de

la sécrétion menstruelle. L'autre groupe permet d'établir le point le l'imperforation.

La connaissance d'une atrésie a pour éléments :

1^o La manifestation de douleurs dysménorrhéiques stériles chez une femme qui n'a pas ses règles quoiqu'elle soit en âge de les avoir depuis longtemps. Ces douleurs reviennent périodiquement et sont de plus en plus intenses à mesure que les crises se multiplient ;

2^o L'apparition au bout d'un assez grand nombre de ces accès de dysménorrhée sans règles d'une tumeur dans la région hypogastrique peu considérable d'abord, mais qui va croissant sous l'influence des crises, qui est douloureuse pendant ces crises et qui redevient indolente après chacune d'elles. Quant au diagnostic du siège de l'atrésie c'est l'examen physique qui permettra de le poser ».

Dans l'étude des quatre observations recueillies par M. Guinard, nous croyons pouvoir dire qu'il y a déjà des différences nettes au point de vue des symptômes fonctionnels et au point de vue de l'évolution clinique entre l'hématocolpos et les autres accidents de rétention des atrésies des voies génitales.

Dans un premier chapitre, nous allons étudier les signes de l'hématocolpos tels qu'ils sont décrits par les classiques.

Dans un second chapitre, nous dirons comment l'on doit, selon nous, modifier cette étude clinique.

Les premiers accidents produits se manifestent à l'époque où la révolution pubère, commencée depuis un certain temps, a amené cette série de modifications morales et physiques qui, en quelques mois, ont transformé l'enfant en jeune fille. La puberté provoque en effet dans toute l'économie d'importantes modifications : la taille s'accroît, le bassin s'élargit, la jeune fille subit en quelques mois une véritable transformation physique et intellectuelle. A chaque époque menstruelle, on constatera, surtout dans les premiers temps, un éréthisme

cardio-vasculaire, vraisemblablement d'origine nerveuse qui entraîne une hypertension artérielle momentanée. Le système nerveux est plus particulièrement influencé par la puberté : l'émotivité, la tristesse s'exagèrent parfois d'une manière inquiétante.

Il n'est pas rare de voir apparaître les préoccupations hypochondriaques de la neurasthénie ou les manifestations variées de l'hystérie.

Tous ces symptômes, toutes ces modifications font prévoir l'arrivée des règles ; les règles ne s'installent pas, ce n'est pas très inquiétant au début, disent les classiques. Pour eux, les premiers accidents de l'aménorrhée par atrésie sont très insidieux de prime abord. C'est un sentiment de malaise général, une sensation de gêne et de pesanteur pelvienne. Puis le malaise disparaît, la sensation de pesanteur diminue pour revenir plus marquée avec de nouveaux malaises le mois suivant.

Au bout d'un certain temps, la pesanteur pelvienne s'accompagne de douleurs intermittentes siégeant vers la région lombaire, irradiant vers le pubis ou le rectum. Ces douleurs offrent les caractères des premières douleurs de l'accouchement. Ce sont des coliques ou tranchées utérines. Elles sont d'abord peu intenses, plutôt irritantes et agaçantes comme des piqures de mouches.

La jeune fille va, vient, s'arrête, s'appuie sur le dossier d'une chaise, d'un fauteuil, sur le rebord d'un meuble, son visage exprime la souffrance, cela dure un instant, puis elle reprend son attitude première.

Aux coliques utérines s'ajoutent souvent du ténesme rectal ou vésical, du fourmillement dans les cuisses. Les douleurs persistent pendant quelques jours, conservent la même intensité, puis diminuent pour ne plus laisser après elles qu'une pesanteur hypogastrique. Celle-ci devient de plus en plus marquée à mesure que les accès se multiplient.

Nous assistons alors à un nouveau stade de calme pour voir bientôt se déclarer un nouvel orage de douleurs plus violentes que précédemment, mais de même durée. Ce sont de véritables douleurs préparantes s'accompagnant de cris plaintifs, la jeune fille gémit, se lamente.

Et chaque mois les accidents augmentent d'intensité sans qu'on voit apparaître aucun écoulement à la vulve. D'autres symptômes viennent encore s'ajouter, tels que de la pesanteur à la vulve, la sensation d'un corps qui tend à descendre et peu à peu une tumeur apparaît au-dessus du pubis.

La santé générale s'altère, l'appétit diminue et même disparaît entièrement, il y a de la constipation, la figure est pâle et blême, la malade est faible, languissante, incapable de faire aucun mouvement, elle éprouve presque constamment de la gêne et de la douleur dans le ventre.

D'autres fois la jeune fille est en proie à un état d'anxiété et d'impatience considérable, elle a parfois des palpitations violentes et se plaint de douleurs abdominales intolérables.

A la fin l'attention de la mère de la malade est éveillée par les douleurs dont se plaint sa fille et en même temps par les accidents de congestion locale sans écoulement.

Voilà comment évoluent pour les classiques les accidents de rétention au cours des atrésies des conduits génitaux que l'on ait affaire à l'hématocolpos, à l'hématomètre ou à l'hématosalpinx.

Dans les quatre observations qui nous ont inspiré cette thèse l'allure clinique de l'hématocolpos est assez différente.

Au moment de la puberté nous voyons apparaître des accidents qui s'installent insidieusement ou bruyamment. Insidieusement c'est le tableau classique de l'hématocolpos au début, que nous avons essayé d'esquisser dans nos symptômes ; et dans ces cas rien n'inquiète les parents qui ne consultent pas le médecin sachant très bien les changements d'état et les irrégularités dans la sphère génitale qu'amène la révolution

pubère. Mais dans le début bruyant il en va tout autrement.

Nous assistons à une réaction péritonéale plus ou moins violente et parfois même très intense.

La jeune fille souffre énormément au niveau de la région hypogastrique et dans les fosses iliaques. La douleur irradie du côté des reins ou du côté de la racine des cuisses. C'est une douleur abdominale diffuse quelquefois extrêmement violente se rapprochant de l'ictus péritonéal dont parle Bouilly dans le tableau de la rupture d'une grossesse tubaire. La malade se plaint d'une sensation de corps étranger dans le ventre. Il y a parfois tendance à la syncope. Les traits sont anxieux, le pouls rapide. En même temps apparaissent les nausées, les vomissements. Le ventre est ballonné, il y a de la dysurie, de la constipation. A quoi songe le médecin appelé au cours d'une pareille crise ? Il élimine toutes les affections de la sphère génitale à cause du jeune âge de la malade d'autant plus que la famille l'a prévenu qu'elle n'était pas encore jeune fille. Il pourra penser à un kyste à pédicule tordu, mais comme il ne sent pas de tumeur, il se rabat sur l'affection la plus fréquente, je veux parler de l'appendicite. Du reste le traitement classique de cette maladie va lui donner une sorte de confirmation de son opinion. Le repos au lit et la glace sur le ventre améliorent rapidement tous les symptômes et en deux ou trois jours il ne reste plus rien ou presque rien de cette crise bruyante, à peine un peu de sensibilité au niveau de l'hypogastre ou des fosses iliaques. Tout rentre bientôt complètement dans l'ordre. La jeune fille peut se lever, vaquer à ses occupations. C'est à ce moment que nous pourrions voir, si nous surveillons de près la malade, toutes les révolutions qu'imprime au corps la puberté et dont nous avons parlé au commencement de notre symptomatologie.

Quelques semaines plus tard nous pourrions voir réapparaî-

tre une crise, mais beaucoup moins bruyante que la première. Le médecin réappelé pensera à la récurrence appendiculaire et il trouvera facilement un écart de régime, une fatigue pour l'expliquer. Le même traitement que la première fois redonnera rapidement les mêmes résultats. Puis tous les mois ou tous les deux mois à l'époque où devraient apparaître les règles, la malade éprouve quelques malaises, des douleurs dans les reins, de la pesanteur sur le bas ventre, un peu de fatigue générale, de la céphalée, mais symptômes tous très atténués. Plus de crise comme celle du début inquiétant la famille. C'est si peu de chose ce qu'éprouve la jeune fille que bien souvent elle ne s'alite pas, que bien souvent elle ne s'en plaint pas à son entourage. La tumeur formée par la rétention du flux menstruel et qui bientôt va apparaître à la région hypogastrique est peu douloureuse, elle met beaucoup de temps pour acquérir un volume considérable. Ce n'est pas là encore le symptôme inquiétant pour la malade qui bien souvent ayant une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic est tout étonnée lorsque le médecin la lui découvre.

Nous voyons donc jusqu'ici en quoi diffère de l'évolution classique, l'évolution des quatre observations que nous rapportons. Première crise au début qui peut être alarmante, puis pendant des années symptômes très amendés pour lesquels on ne consulte pas le médecin. Pour les classiques au contraire peu de chose au début puis signes qui augmentent de plus en plus de gravité. Si ce ne sont ni les symptômes fonctionnels, ni les symptômes physiques qui déterminent la malade à venir consulter, qu'est-ce donc qui l'amène chez le médecin ? C'est ici que nous allons parler de symptômes presque passés inaperçu pour les classiques et qui sont pourtant capitaux dans l'histoire clinique de l'hématocolpos, puisque c'est grâce à eux que dans la plupart des cas on en fait le diagnostic.

Ces signes sont de deux ordres. Les uns sont des signes de

compression produite par la tumeur formée par la rétention de sang dans le vagin, compression du côté de la vessie, compression du côté du rectum.

Les autres sont des symptômes à distance et qui traduisent l'établissement imparfait du molimen menstruel et son insuffisance : Troubles psychiques, hémorragies de suppléance.

Troubles du côté de la vessie ; au début envies fréquentes d'uriner, il semble que la vessie a une capacité très réduite, puis bientôt aux envies fréquentes s'adjoignent parfois des phénomènes de cystite, comme conséquence, douleurs à la fin de la miction, pyurie. Une deuxième phase de rétention d'urine et c'est souvent à cette occasion que la malade vient consulter. Une troisième phase peut survenir, la phase d'incontinence, la malade urinant par regorgement.

Troubles du côté de l'intestin, du rectum en particulier. Parésie intestinale d'abord, la malade va difficilement à la selle quoi qu'elle ait du ténesme, des envies fréquentes d'aller à la selle. Ensuite constipation opiniâtre déterminant parfois des accidents d'occlusion qui se terminent le plus souvent par une débâcle diarrhéique. Les symptômes à distance sont plus intéressants à bien connaître, car ils mettent plus difficilement sur la voie du diagnostic.

Ce sont tout d'abord les hémorragies de suppléance et en particulier les épistaxis. Ces épistaxis n'inquiètent pas la famille lorsqu'ils sont peu abondants. Que d'enfants en effet saignent fréquemment du nez. Mais quelquefois leur abondance comme dans notre observation n° 1 déterminent les parents à faire venir le médecin. Nous pourrions avoir d'autres hémorragies de suppléance des hémoptysies, des hématomèses, des fluxions hémorroïdaires. Il ne faudra pas se laisser induire en erreur par ces hémorragies. Elles ont du reste certains caractères qui peuvent permettre de dire qu'elles sont de suppléance. Et tout d'abord on ne leur trouve aucune

cause sérieuse. C'est une hémoptysie, il n'y a rien au poumon sauf parfois des râles de congestion fugaces et non fixes, aucun symptôme fonctionnel inquiétant.

Ces hémorragies survenant au moment de la puberté sont précédées de malaises qui accompagnent la menstruation, malaises parfois très accentués la menstruation ne s'effectuant pas d'une façon normale.

Enfin, signe qui est pour nous capital ces hémorragies de suppléance sont suivies d'une sensation de bien-être, d'une disparition de tous les malaises dont nous venons de parler. Il n'en est pas de même d'une hémoptysie tuberculeuse, d'une hématomatose d'ulcère d'estomac. Quelle est la cause de ces hémorragies de suppléance.

Nous croyons la trouver dans l'éréthisme cardio-vasculaire d'origine nerveuse qui atteint son maximum lorsqu'il y a une perturbation quelconque dans la menstruation. Cet éréthisme détermine une hypertension artérielle dont les effets sont surtout accentués au niveau des organes prédisposés. Car ainsi que le dit Siredey les troubles du développement, les tares héréditaires ou acquises dans l'enfance jouent un rôle prépondérant dans l'éclosion des accidents mis sur le compte de la puberté et l'apparition des règles ne figure le plus souvent que comme une cause occasionnelle augmentant la vulnérabilité de l'organisme.

Quant aux troubles psychiques, ils sont très variables. Tout le monde sait que le système nerveux est particulièrement influencé par la puberté. Chez les prédisposées, cette influence est considérable. Combien plus considérable encore cette influence chez les jeunes filles présentant un trouble dans l'évolution du molimen menstruel.

Nous pourrions avoir des hallucinations ou perceptions sensorielles sans objet réel. Le sujet assistera mentalement à certains phénomènes, il entendra des voix intérieures, il écrira même sous leur dictée (groupe des hallucinations psy-

chiques). D'autres fois, les hallucinations seront visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives, sensitivo-musculaires, génitales.

Comme autre trouble psychique, l'obsession ou idée inutile ou nuisible accaparant l'esprit du sujet malgré lui. L'obsession évolue par crises précédées d'auras s'accompagnant d'angoisse morale, puis physique. L'obsession peut être suivie d'un acte impulsif.

Nous pourrions avoir aussi des troubles de la conscience ou faculté qui permet au sujet de contrôler ses pensées, ses sensations, ses actes ; d'où l'état de rêve et l'état crépusculaire de la conscience.

Des troubles émotifs, changements d'humeur et de caractère, d'où hypéresthésie psychique entraînant angoisse et douleur morale ; faiblesse irritable, phobies.

Des troubles de la volonté enfin avec diminution de la faculté d'attention.

Les troubles psychiques pourront aller plus loin, nous pourrions rencontrer des accès de mélancolie. La malade aura une idée triste, unique, sur laquelle son esprit se concentrera et qui deviendra le point de départ de conceptions délirantes, d'illusions et d'hallucinations.

Des accès de manie, enfin, avec agitation motrice, succession vertigineuse des idées avec intégrité de la compréhension, pouvant aller de l'excitation maniaque à la manie grave.

Avant de passer à l'étude des symptômes physiques qui doivent nous permettre de parfaire notre diagnostic, nous devons nous demander pourquoi les auteurs classiques ont vu d'une façon différente à la nôtre l'évolution classique de l'hématocolpos.

Pour nous, la raison en est qu'ils ont confondu hématocolpos et hématométrie. Pour eux, du reste, il n'y a jamais hématocolpos sans hématométrie. Le sang commence par disten-

dre le vagin, puis l'utérus, puis les trompes. Nous croyons, comme M. le professeur Pozzi, en nous appuyant sur nos quatre observations, que dans l'hématocolpos jamais la cavité utérine ne se laisse distendre, et que pour qu'il y ait hématométrie il faut que la cavité utérine soit la seule place où le sang puisse s'accumuler. Dans nos quatre observations, en effet, le toucher vaginal a été soigneusement fait après l'intervention, et toujours on a constaté au fond du dôme vaginal distendu un petit col de vierge surmonté d'un petit utérus.

Or, dans l'hématométrie, l'évolution clinique n'est pas la même. D'une part, nous avons à considérer un organe éminemment contractile, l'utérus, d'autre part un organe qui se laisse éminemment distendre, qui est élastique plutôt que musculaire, le vagin.

Dans le premier organe, le muscle réagira en s'hypertrophiant et en se contractant contre la cause qui le distend. D'où coliques et tranchées utérines augmentant de plus en plus d'intensité. Dans le deuxième organe, la distension sera presque silencieuse.

D'où viennent alors ces crises douloureuses très intenses que l'on rencontre parfois au début de l'hématocolpos? La crise douloureuse du début se manifeste pour nous lors de l'établissement des premières règles. L'ostium uterinum ne laisse probablement pas passer facilement le sang provenant des vaisseaux de la trompe. Ce sang reflue vers le pavillon, tombe dans l'abdomen, d'où réaction péritonéale plus ou moins intense. Le chemin, une fois frayé, le passage devient plus facile, la crise ou diminue ou disparaît complètement le mois suivant.

Pour parfaire le diagnostic que nous fait déjà admettre notre interrogatoire bien conduit, nous allons procéder à l'examen physique de notre malade. Nous prendrons pour type de notre description l'hématocolpos consécutif à une

imperforation de l'hymen. En écartant les grandes lèvres au point où devrait se trouver l'orifice du vagin on aperçoit une poche membraneuse qui fait une saillie plus ou moins considérable. Cette membrane est ou bien bleuâtre ressemblant suivant l'expression de notre maître, M. Guinard, à la fenêtre d'une salamandre, ou bien rouge noirâtre, elle est élastique, rénitente et plus ou moins douce au toucher suivant son épaisseur. Si on appuie sur cette poche on ne détermine aucune douleur, mais le doigt perçoit nettement la sensation d'un liquide. L'épaisseur de cette poche est très variable, tantôt elle est mince comme les parois intestinales, tantôt elle est beaucoup plus épaisse. Si l'on examine l'abdomen au-dessus du pubis on trouvera une tumeur variable en volume suivant la quantité de liquide qu'elle contient semblable comme forme à l'utérus gravide et occupant la situation de cet organe.

A la palpation on aura soit la consistance de l'utérus gravide, cette mollesse pâteuse rappelant celle du caoutchouc traité par ébullition ou d'un membre très œdématié ; de plus, sur les côtes on sentira nettement les ligaments longs étirés rouler sous les doigts. Mais là s'arrête toute ressemblance avec l'utérus gravide. Ce n'est pas une tumeur contractile qu'on a sous la main, on ne perçoit pas de parties fœtales, partout la consistance mollasse est uniforme.

D'autres fois on aura une tumeur fluctuante et si on lui imprime un brusque mouvement, une chiquenaude par exemple, on devra sentir le contre-coup de cette chiquenaude sur la membrane étendue entre les lèvres, donc communication entre la tumeur abdominale et la tumeur vaginale.

Si on fait le toucher rectal, on sent au devant de cet organe une poche distendue en apparence, remplie par du liquide et pouvant être suivie jusqu'au rebord du bassin. Tout naturellement le degré de distension varie de haut en bas suivant la quantité de sang menstruel retenu. Churchill a vu une tumeur

aussi volumineuse qu'un utérus au sixième mois de la grossesse.

Quelle est ou quelle pourrait être la terminaison naturelle d'un état semblable, si les choses étaient abandonnées à elles-mêmes. Naturellement l'hématocolpos augmente d'une façon progressive à chaque nouvelle menstruation. Dans ces conditions pourrait-on voir la rupture de la membrane par excès de tension. C'est une terminaison tout ce qu'il y a de plus exceptionnelle. Des auteurs Stedman et Jackson ont vu les règles s'échapper par l'urèthre. Churchill n'a pas vu un seul cas de rupture du vagin. Mais la collection hématiche peut suppurer et s'ouvrir secondairement dans le rectum ou dans la vessie.

Toutes ces éventualités se présentent du reste rarement car la tumeur en augmentant détermine des accidents de compression pour lesquels la malade vient consulter et qui mettent sur la voie du diagnostic.

Les signes seront identiques dans les cas d'hématocolpos consécutifs à une imperforation de l'orifice vaginal. Néanmoins pour Dohrn on peut faire le diagnostic entre les deux variétés. Quand, en effet, on est en présence d'une imperforation vaginale on trouve en général au-dessous de la membrane obturatrice un bourrelet circulaire et virtuellement séparé d'elle par un sillon plus ou moins profond. Si c'est une imperforation de l'hymen, il n'y a à l'entrée de la vulve qu'une membrane tendue avec petite dépression ombiliquée au centre.

Dans les cas d'hématocolpos par absence partielle du vagin on voit lorsqu'on entr'ouvre la vulve au-dessous du tubercule uréthral un infundibulum à peine marqué muni d'une muqueuse saine sans cicatrice et qui résiste à la pression du doigt.

L'index introduit dans le rectum sent directement pour ainsi dire une sonde placée dans la vessie dans un espace de

plusieurs centimètres suivant qu'il manque plus ou moins de vagin. De plus bombe sur la paroi antérieure du rectum à une hauteur plus ou moins grande, mais pas très loin néanmoins de l'anus, une tumeur rappelant par sa configuration un vagin énormément distendu. C'est une tumeur sanguine, pâteuse, obscurément fluctuante. La sensation de contact que l'on avait en dessous de la tumeur avec la sonde introduite dans la vessie disparaît au niveau de la tumeur.

Il ne nous reste plus qu'à signaler la possibilité d'un hémato-colpos unilatéral dans les cas de vagin double. Le diagnostic sera très longtemps hésitant et seul l'examen physique permettra de penser à cette affection. Les malades en effet sont réglées le plus souvent, de plus, l'utérus et la trompe qui correspondent au vagin oblitéré sont assez peu développés, le molimen menstruel s'y fait d'une façon inconstante et peu abondante. La tumeur met donc longtemps pour s'accroître et par conséquent pour devenir gênante. Au point de vue physique la tumeur aura une configuration différente suivant son siège. Si elle va jusqu'à l'orifice vaginal on la voit proéminer à la vulve. En entr'ouvrant le vagin on aperçoit la tumeur recouverte de muqueuse violacée. Elle rétrécit le conduit vaginal dont elle occupe une des moitiés pour venir se prolonger dans le bassin et se confondre avec la tumeur pelvienne constatée à la palpation abdominale. Si la tumeur occupe la partie moyenne du vagin, c'est-à-dire si elle se trouve à une certaine distance de son orifice, on sent le conduit vaginal rétréci par une tumeur qui en remplit la partie médiane et rejette le col utérin sain du côté opposé. Cette tumeur vaginale se continue avec la tumeur abdominale.

Tels sont les signes physiques que l'on rencontre dans les différentes variétés d'hémato-colpos.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic. — Il suffit de penser à l'éventualité de l'hématocolpos pour en faire le diagnostic facilement,

L'hématométrie par oblitération du col avec vagin normal n'en imposera pas pour un hématocolpos. Au fond du vagin on trouve le col utérin, plus ou moins déformé il est vrai, mais néanmoins facilement reconnaissable. Ce col est surmonté d'une tumeur formée par l'utérus saillant au-dessus de la symphyse pubienne. C'est une tumeur qui se contracte, qui augmente par saccades au moment des périodes douloureuses.

Si le vagin manque en totalité, il suffit de faire le diagnostic de cette malformation pour éliminer l'hématocolpos et dans ce cas par le toucher rectal on sentira directement pour ainsi dire et sur toute sa hauteur, une sonde métallique placée dans la vessie. A bout de doigt enfin par le rectum on pourra reconnaître le col utérin. Quant à l'hématosalpinx on en fera le diagnostic en reconnaissant que l'utérus de volume normal est enclavé entre deux tumeurs sanguines qui occupent les parties latérales des régions hypogastriques.

Nous avons vu que le diagnostic de grossesse qui pouvait être vraisemblable au début d'autant plus que l'on constate parfois chez les malades de l'augmentation des seins, de la

perversion des fonctions digestives, ne résiste pas à un examen approfondi.

Quant au kyste de l'ovaire à pédicule tordu ce n'est pas la même évolution clinique. Si nous avons au début des deux affections la même crise cataclysmique, les suites ne sont pas identiques. Tout rentre dans l'ordre dans l'hématocolpos qui ensuite a une évolution lente et chronique.

Tout s'aggrave dans le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, si l'on n'opère pas à bref délai. Bref diagnostic lorsqu'on pense à l'affection ordinairement facile.

Le pronostic que comporte l'hématocolpos n'est pas aussi sévère, bien loin de là, que ne l'admettaient les anciens classiques.

Presque tous les malades opérés mouraient ou de péritonite ou d'infection purulente. On discutait longtemps avant de savoir s'il fallait intervenir; on se contentait d'interventions palliatives. On discutait aussi beaucoup pour savoir à quelle époque il fallait opérer: l'opération pendant les règles était notamment tout ce qu'il y a de plus contre-indiquée. Aujourd'hui le pronostic est très simple.

L'hématocolpos n'est pas une affection réservée aux seuls chirurgiens; tout médecin est susceptible d'intervenir et de bien intervenir.

Traitement. — Le traitement de l'hématocolpos est très simple lorsqu'on intervient pour une imperforation de l'hymen ou de l'orifice du conduit vaginal.

C'est l'incision verticale de la cloison au bistouri ou au thermocautère. D'autres auteurs ont préconisé l'incision transversale ou l'incision cruciale. Baker Brown conseille même d'enlever entièrement l'hymen.

Une fois l'obstacle enlevé, il s'écoule un liquide épais, visqueux, d'un brun rougeâtre, sans aucune odeur, absolument analogue comme coloration à une crème au chocolat.

Le liquide continue à s'écouler pendant plusieurs jours, car il faut un certain temps au vagin pour reprendre ses dimensions normales. Rarement à l'écoulement sanguin succède un écoulement purulent.

La malade se fera des injections vaginales aseptiques trois fois par jour.

Le traitement devient un peu plus compliqué lorsqu'il manque la portion inférieure du vagin. On créera cette portion inférieure du vagin par décollement aux dépens des tissus qui séparent la vessie du rectum et, pour mieux combattre la tendance à se rétrécir que présente le nouveau conduit, on doit s'efforcer de tapisser les parois de celui-ci de lambeaux cutanés ou muqueux (Colpoplashe).

Arrivé à l'endroit où la tumeur bombe, on l'incisera en se comportant comme pour une imperforation de l'hymen.

Il faut se rappeler que l'opération doit toujours être suivie d'une dilatation longtemps prolongée.

OBSERVATIONS

Observation 1. — *Imperforation de l'hymen. Hématocolpos* (inédite). — Un médecin de ville amène le 10 avril 1907 dans le service de M. Guinard à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de 15 ans 1/2 dans les circonstances suivantes : il a été appelé il y a 8 jours pour une hémorragie nasale qu'on arrête difficilement. Une fois maître de l'hémorragie le médecin s'occupe d'en chercher la cause et regarde tout d'abord le foie : il constate avec étonnement que cette fillette a une volumineuse tumeur dans le ventre et après examen il pense soit à un kyste de l'ovaire, soit à une tuberculose péritonéale. C'est dans ces conditions que M. Guinard examine la malade. La tumeur a tout à fait la forme, le volume et la consistance d'un utérus gravide de 7 à 8 mois. Elle est piriforme, dépasse l'ombilic, absolument mate, molasse, rénitente et même fluctuante, un peu douloureuse à la pression sans jamais causer de douleur spontanée.

En interrogeant, M. Guinard apprend qu'il y a 2 ans elle a été prise brusquement de douleurs abdominales soignées par un autre médecin qui a pensé à une appendicite. Après 8 jours de traitement ordinaire de l'appendicite tout est rentré dans l'ordre et depuis cette époque il ne s'est produit aucun symptôme péritonéal.

La malade n'a jamais été réglée, aussi éliminant le kyste dermoïde à cause de l'absence de douleur ainsi que la tuberculose péritonéale à cause de l'excellent état général et de la sonorité dans les flancs, M. Guinard diagnostique une imperforation de l'hymen.

La malade sur le lit à spéculum se présente avec ses organes génitaux externes absolument bien développés. Abondance des poils du pubis, grandes et petites lèvres tout à fait normales. En les écartant

on voit une voussure saillante en avant comme une tête d'enfant au moment de l'accouchement et à chaque sanglot de la malade cette voussure s'accroît et bombe davantage comme si la paroi allait éclater. Cette paroi est translucide et comme opaline, elle est divisée sur la ligne médiane par une bride rosée qui s'étend de l'urèthre au raphé médian de la vulve. A travers la membrane on aperçoit la teinte bleuâtre du sang contenu dans le vagin.

Un coup de bistouri en travers donne issue à un litre et demi à deux litres de liquide brun épais absolument semblable à une crème au chocolat épaisse et liée.

Avec le doigt on se rend compte que ce sang modifié est dans le vagin. Il y avait depuis quelques mois des troubles urinaires, envies fréquentes et difficulté de la miction.

En l'interrogeant de nouveau on apprend qu'elle souffrait sans le dire, depuis quelques mois, de sensation de tiraillements dans le ventre.

Observation 2 — *Imperforation de l'hymen. Hématocolpos* (inédite). — Le 14 décembre 1881, une jeune fille de 17 ans, entre à 7 heures du soir dans le service de Verneuil à la Pitié, salle Lisfranc, n° 13, pour une rétention d'urine. M. Guinard est appelé aussitôt comme interne de garde. Il trouve un ventre très distendu et se met en devoir de pratiquer le cathétérisme. Il n'y arrive qu'avec les plus grandes difficultés, à cause surtout de l'indocilité de la malade qui se débattait et poussait des cris violents. Il s'écoula par la sonde un litre et demi d'urine mais le ventre resta volumineux, et on sentait très nettement une tumeur fluctuante qui remontait au-dessus de l'ombilic et que M. Guinard prit pour un kyste, la malade refusant obstinément de se laisser examiner.

Le lendemain, 15 décembre, Verneuil voulant pratiquer le toucher vaginal, s'aperçut qu'il y avait un hymen imperforé. La malade ne présentait d'ailleurs aucune autre malformation génitale.

Il incisa la membrane en travers au thermo cautère, puis, introduisant le dilatateur de son ami Bigelow, il agrandit l'orifice. Il s'écoula à flots « un liquide chocolat, très épais, sans aucune odeur, sans bactéries et sans pus ».

C'est en ces termes que Vernenil, dans sa leçon clinique du

15 décembre 1881, décrivit son opération. Il plaça un tube en caoutchouc dans le vagin, et fit faire quatre fois par jour des lavages antiseptiques. L'utérus était petit, absolument normal. La malade se plaignait depuis trois ans de vagues douleurs abdominales pour lesquelles elle n'avait jamais consulté personne. Dans sa leçon clinique du 15 décembre, Verneuil insistait sur la gravité que ces opérations présentaient avant l'avènement de la méthode antiseptique.

Observation 3. — *Imperforation de l'hymen. Hématocolpos.* (Inédite). — En novembre 1875, une jeune fille de 18 ans, chétive et malingre entra à Lariboisière dans le service de Maurice Raynaud avec des douleurs abdominales et une augmentation considérable du volume du ventre. On pensa tout d'abord à une péritonite tuberculeuse, et ce n'est que plusieurs jours après son entrée, qu'en voulant pratiquer le toucher vaginal, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une imperforation de l'hymen. La malade fut transportée dans le service de Tillaux, salle Ste-Jeanne, et Tillaux fit au bistouri une incision cruciale de la cloison hyménéale. Il s'écoula environ un litre de liquide chocolat très épais. L'utérus était tout petit, et les organes génitaux peu développés (poils rares, lèvres non pigmentées à peine saillantes). Les jours suivants, il y eut un écoulement de pus très abondant, avec des frissons et de la fièvre : la malade ne quitta l'hôpital que cinq semaines environ après l'opération. Elle était complètement guérie.

Observation 4. — *Imperforation de l'hymen. Hématocolpos.* (Inédite). — En janvier 1882 entre à Lariboisière dans le service de Tillaux une jeune fille de 17 ans pour des troubles de la miction. Depuis plusieurs mois elle se plaignait d'envies fréquentes d'uriner, de dysurie, elle se décide à entrer à l'hôpital parce qu'elle n'a pas pu uriner depuis 24 heures. On pense à une cystite tuberculeuse. Après avoir sondé la malade et retiré de sa vessie un litre et demi d'urine, on constate que l'abdomen est toujours augmenté de volume, on croit à une péritonite tuberculeuse, en voulant pratiquer le toucher vaginal, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une imperforation de l'hymen. Tillaux fit au bistouri une incision cruciale de l'hymen, il s'écoula après l'incision, deux litres de liquide ressemblant à de la crème au

chocolat l'utérus au fond de la poche vaginale était normal. Les organes génitaux externes sont bien développés (poils abondants lèvres pigmentées bien saillantes). Les suites furent simples, la malade quitta l'hôpital huit jours après.

Observation 5. — *Imperforation de l'orifice du vagin. Hématocolpos* (Inédite). — Une jeune fille de 19 ans entre à Lariboisière dans le service de M. Peyrot en 1898 elle se plaint de troubles intestinaux. Envies fréquentes d'aller à la selle, ténésme rectal, constipation opiniâtre de temps en temps débâcles diarrhéiques. A l'examen de son abdomen on est frappé par la présence d'une tumeur faisant saillie à la région hypogastrique. On fait le diagnostic de tuberculose péritonéo-intestinale. En voulant faire le toucher vaginal on s'aperçoit que l'orifice du vagin est fermé complètement par une membrane séparée de l'hymen par une sorte de rigole. Par le toucher rectal tout près de l'anus on sent une grosse tumeur qui bombe fortement au niveau de la paroi antérieure du rectum on fait le diagnostic d'hématocolpos, et on incise transversalement la cloison vaginale, il sort un litre de liquide chocolat. Un peu de suppuration les jours suivants, la malade sort guérie au bout de six jours.

Observation 6. — (Dûe à l'obligeance de M. Morel, interne des hôpitaux). — *Hématocolpos*. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans entrée à l'asile Sainte-Anne, dans le service du docteur Magnan pour un accès de mélancolie survenue brusquement quelque temps auparavant. Le point de départ de sa mélancolie était une douleur morale ; elle se sentait indigne de sa famille. Son esprit se concentrait sur son indignité, laquelle devenait le point de départ de conceptions délirantes frappées d'un cachet d'humilité, elle avait en même temps des illusions et des hallucinations terrifiantes. M. Magnan en faisant l'examen somatique de cette jeune fille est tout étonné de constater dans la région hypogastrique la présence d'une tumeur analogue au volume d'un utérus gravide de quatre mois. Voulant faire le toucher vaginal il trouve une imperforation du vagin, il fait passer la malade dans le service de M. Picqué, ce dernier fait une incision cruciale de la bride vaginale, il s'écoule deux litres de liquide chocolat. Les suites opératoires furent simples et la jeune fille en

même temps qu'elle revenait à la santé ne tardait pas à voir disparaître son accès mélancolique.

Observations 7 et 8 — Deux observations d'hymen imperforé par le docteur P. d'Alessandria (*Soc. Lane des Hôpitaux de Rome, 1^{er} décembre 1906*).

Il s'agit d'un cas d'hymen imperforé qui avait donné lieu à une hémato-colpos, associé à une rétention sanguine utérine, et tubaire considérable. Après l'intervention, seul persiste l'hématosalpynx, ce qui prouve une fois de plus d'après l'auteur, que la réplétion de la trompe est due au flux cataménial qui s'effectue normalement aux dépens de ses parois.

Le docteur Senui rapporte un cas semblable où la tumeur ainsi formée atteignait un tel volume qu'elle en imposait pour une grossesse. Il a de plus, opéré à l'hôpital San Giovanni, dans le service du professeur Mazzoni, une jeune fille de 17 ans, dans les mêmes conditions, mais qui affirmait avoir toujours été réglée normalement. Il s'agissait en réalité d'un utérus didelphe, avec vagin double, qui ne présentait qu'une seule communication avec la vulve.

Observation 9. — *Oblitération cicatricielle du vagin à la suite d'un accouchement. Hématocolpos partiel* (Polaillon). — L... Georgette, âgée de 21 ans, culottière, entrée le 23 septembre 1896, raconte qu'elle a été accouchée à la Maternité, le 24 mai précédent, que son accouchement a été naturel et que les suites de couches ont été normales.

Au bout de huit jours, le chef de service lui fit un écouvillonnage, parce que sa température avait monté. Mais elle n'a pas entendu dire qu'elle ait eu de la gangrène du vagin. Le retour de couches n'est pas venu et depuis l'accouchement, il n'y a plus de règles. Mais, au moment des règles, elle souffre dans le ventre.

Par le toucher je constate que le vagin se termine en cul-de-sac, à quatre centimètres en arrière de la vulve, et que, dans le fond de ce cul-de-sac, la muqueuse est indurée comme par une cicatrice. Au-dessus de ce vagin très raccourci, je sens une tumeur arrondie, élastique, qui paraît être la partie supérieure du vagin distendue par les règles.

Le toucher rectal fait reconnaître cette même tumeur, mais n'apprend rien de nouveau. Avec le spéculum je vois dans le fond du cul de sac vaginal, un petit pertuis, qui n'admet pas l'extrémité de l'hystéromètre.

J'insiste auprès de la malade pour savoir si on ne lui a pas pratiqué une opération au moment de son accouchement. Elle répond négativement à toutes mes questions. Son accouchement a été naturel et s'est terminé sans chloroformisation. Il s'agit donc d'une oblitération cicatricielle de la partie moyenne du vagin et cette oblitération aurait été produite par la cicatrisation d'une plaie qui n'a pas eu pour cause un accouchement dystocique. Le 16, chloroformisation et incision de la poche vaginale, il sort une grande quantité de liquide filant couleur chocolat qui n'est autre chose que du sang altéré.

Observation 10. — *Imperforation de l'hymen : rétention des règles : hémocolpos : incision de l'hymen guérison* (Polaillon). Le 18 septembre 1894 R... Jeanne, âgée de 15 ans, est amenée par sa mère parce qu'elle a, par moments, une difficulté très grande à uriner. Elle raconte qu'il y a trois mois environ, vers le commencement de juillet, elle fut prise de douleur dans le ventre et dans les reins, douleurs revenant par intermittences, ne l'obligeant pas à prendre le lit, mais à s'étendre sur un canapé, pour attendre qu'elles fussent passées. D'ailleurs, aucun trouble de la santé générale. Les douleurs cessèrent rapidement au bout de deux à trois semaines, seulement de temps en temps, la jeune fille ne pouvait satisfaire au besoin d'uriner. Il fallait alors exercer une pression sur son flanc gauche pour amener l'émission de l'urine. Cette rétention d'urine n'était nullement douloureuse. Mais la répétition de ce phénomène engagea sa mère à demander un conseil.

A l'hypogastre, je trouve une tumeur arrondie, grosse comme un œuf d'autruche, rénitente, non douloureuse, mate, mobile, dans l'abdomen.

En examinant les organes génitaux externes, je vois une tumeur, de couleur violacée, faire saillie à travers l'orifice vulvaire. La saillie est beaucoup plus marquée quand la malade fait un effort, elle est dépressible et fluctuante.

Il est facile de reconnaître que l'hymen imperforé est distendu par

une collection liquide, située en arrière de lui. Cette collection n'est autre chose que le sang des règles qui s'est accumulé dans la cavité vaginale et probablement aussi dans la cavité utérine. Il y a à la fois hématoocolpos et hématométrie.

Une incision avec le bistouri donne issue à une quantité énorme de sang noirâtre, parfaitement liquide, sans odeur. Lavage prolongé de la cavité avec de l'eau boriquée. Drain dans le vagin. La tumeur abdominale a complètement disparu.

Quelques jours après, je constate que l'incision de l'hymen s'est beaucoup rétrécie, mais il reste à son centre un orifice suffisant pour l'écoulement futur des règles.

En effet, le 25 septembre, la jeune fille est prise d'un flux menstruel normal qui dure trois jours.

Le sang a les qualités ordinaires du sang des règles; la menstruation s'est accomplie sans aucune douleur.

Le 28 septembre. — Exeat.

Depuis cette époque, la jeune fille est restée guérie.

Les accidents de rétention d'urine avaient cessé aussitôt après la disparition de la tumeur hypogastrique, qui comprimait la vessie. Ils ne se sont pas reproduits depuis lors.

Observations 11 et 12. — Deux observations d'hématoocolpos. — *Clinique de Gosselin* (tome III). — Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui, jusqu'à il y a trois mois, n'a rien présenté de particulier dans sa santé. Il y a un peu plus de 3 mois, elle a été prise pour la première fois de douleurs hypogastriques vives irradiées vers les lombes et qui durèrent trois jours sans interruption, l'obligeant à s'aliter. La mère, prévoyant l'installation des menstrues, fut très étonnée d'apprendre que le sang ne venait pas. Au bout d'un mois, réapparition des mêmes douleurs qui se prolongent quatre jours toujours sans apparition de sang. La santé se rétablit, mais l'enfant resta pâle. Il ne subsiste chez elle qu'un peu de malaise pendant un nouveau mois, mais au bout duquel les douleurs, encore plus violentes, se montrèrent de nouveau pendant trois ou quatre jours sans que le sang parût au dehors. Peter consulté reconnaît une imperforation du vagin, il fait entrer la jeune fille dans le service de Gosselin. Ce dernier ayant écarté les grandes et les petites lèvres, recon-

naît que le vagin est complètement imperforé; l'ouverture paraît fermée par une membrane assez mince que le doigt refoule et à travers laquelle on ne sent pas très nettement la fluctuation, cette membrane ressemblait tout à fait à un hymen imperforé. Par le toucher rectal, on sent que l'utérus est à sa place bien conformé et sensiblement plus volumineux qu'à l'état normal.

A la palpation hypogastrique, on sentait un peu profondément un globe arrondi paraissant avoir le volume de la grosse extrémité de la poire d'Angleterre et que formait évidemment le fond de l'utérus distendu par le sang. En pressant au dessus de l'hypogastre les divers points de la paroi abdominale, Gosselin ne les trouve ni sensibles, ni ballonnés, il en conclut qu'il n'y a pas de péritonite concomittante, complication fréquente pour lui au cours de la rétention du sang menstruel. Chez cette jeune fille il y avait trois indications à remplir : 1° donner à l'ouverture du vagin une conformation qui put rendre le mariage possible; 2° ouvrir une issue au sang menstruel retenu dans l'utérus; 3° empêcher son accumulation antérieure dans cet organe. Il y avait urgence à la deuxième indication.

En effet, en abandonnant quelque temps encore les choses à elles-mêmes, l'utérus se serait distendu de plus en plus, il y aurait eu accumulation de sang dans les trompes et l'une des deux choses que voici aurait eu lieu. Ou bien le sang se faisant jour dans la cavité péritonéale, par l'orifice de la trompe, aurait pu provoquer une péritonite aiguë, ou lente et chronique; ou bien les pavillons des trompes se seraient oblitérés, l'épanchement péritonéal n'aurait pas eu lieu, mais l'oblitération aurait sans doute persisté indéfiniment, en supposant que la malade eût vécu, et c'eût été une cause de stérilité.

Enfin, il y avait grande utilité à ne pas laisser augmenter la distension de l'utérus; car au moment où les trompes et l'utérus se vident et reviennent sur eux-mêmes, les adhérences contractées avec l'épiploon ou le mésentère sont tiraillées, des déchirures peuvent avoir lieu. Ces déchirures sont d'autant plus dangereuses que le sang a subi par le fait de l'opération évacuatrice un commencement de décomposition et qu'il fournit au péritoine dans lequel il tombe des matériaux septiques dont l'absorption est dangereuse. D'où péritonite septicémique, différente de la péritonite adhésive et plastique due au sang frais.

Opération. — Gosselin a accroché la membrane avec un ténaculum, il l'a incisée d'avant en arrière et transversalement, puis il a saisi les quatre angles avec une pince à griffes et il les a excisés pour éviter le retour du vice de conformation. Il est sorti une notable quantité de sang noir, épais, poisseux, qui a continué à s'écouler pendant 24 heures, le liquide n'est pas devenu putride, il n'y a pas eu de péritonite. A partir du troisième jour, il s'est produit un écoulement abondant de pus qui a duré quelque temps. Le bon résultat de l'opération tient, d'après Gosselin, à ce que la rétention était récente, l'utérus n'était pas très distendu.

L'utérus a donc pu facilement et rapidement revenir sur lui-même.

Deuxième observation. — Prise par Castiau dans le service de Gosselin à la Pitié en 1867.

Absence partielle du vagin, rétention du flux menstruel.

Le 18 mars 1867, entrainée à la Pitié, n° 19, salle St-Jean, Mlle A... (Clémence), âgée de 48 ans, exerçant la profession de journalière. Elle avait joui d'une bonne constitution jusqu'à l'âge de 16 ans. A partir de cet âge, elle ressent tous les mois des douleurs dans le ventre, les reins, les cuisses, ces douleurs sont vives, durent de trois à huit jours, subissent des exacerbations qui forcent la malade à s'aliter; depuis quelque temps, elle a des crises très douloureuses. Jamais elle n'a constaté d'écoulement de sang par la vulve, ni de leucorrhée.

Par le palper abdominal, on aperçoit une grosse tumeur arrondie, occupant la ligne médiane du ventre et remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans chacune des fosses iliaques et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, on trouve une autre tumeur dure, résistante, mobile comme la précédente; la tumeur médiane représente l'utérus distendu, les tumeurs latérales, les trompes distendues également. A l'entrée de la vulve, le doigt rencontre une ouverture par laquelle il pénètre à une petite distance; c'est l'urethère dilaté, il n'y a pas d'ouverture vaginale. Par le toucher rectal, le doigt sent la sonde introduite dans la vessie à travers une paroi assez mince. A 2 centimètres de profondeur à peine, il sent une tumeur très volumineuse et dure, qui paraît remplir une grande partie de l'excavation pelvienne et qui n'est pas nettement fluc-

tuante, donc le tiers inférieur du vagin manque, les deux tiers supérieurs, ainsi que l'utérus et les trompes sont remplies de sang menstruel accumulé depuis au moins deux ans.

La malade subit une nouvelle crise menstruelle très violente; cinq jours après cette crise on l'opère. Elle est placée dans la position de la taille périnéale. On fait une incision transversale au-devant de l'anus, on décolle au doigt suivant le procédé d'Amussat; on repousse le rectum en arrière, l'urethère en avant; on parvient à la partie inférieure de la tumeur. On la ponctionne au trocart, il s'écoule peu de liquide. On est forcé d'agrandir l'ouverture, il sort alors un liquide extrêmement épais, de la couleur et de la consistance d'une crème au chocolat un peu liquide. Quelques jours après, le liquide sanglant est remplacé par du pus, bientôt il se déclare une péritonite généralisée qui emporte la malade.

CONCLUSIONS

Nous voici arrivés aux termes de notre étude : quels renseignements en pouvons nous tirer ?

1° Distinction nette entre les divers accidents de rétention du molimen menstruel dans les voies génitales.

a) Allure clinique différente : l'hématocolpos, affection à évolution lente, débutant parfois par une crise douloureuse intense, puis reprenant ensuite un caractère insidieux ne se décelant au médecin que par des phénomènes accessoires, phénomènes de compression ou phénomènes à distance, (hémorragies de suppléance, troubles psychiques).

L'hématométrie, au contraire, affection de plus en plus douloureuse, l'utérus luttant de plus en plus énergiquement contre l'hémorragie qui le distend.

b) Examen physique différent.

2° Se méfier énormément des troubles qui surviennent à l'occasion de la puberté, et s'ils présentent une anomalie quelconque dans leurs caractères ou dans leur durée, examiner soigneusement l'appareil génital, non seulement par une palpation abdominale légère, mais par un examen soigneux au spéculum, et, dans les cas d'absence du vagin, ne pas oublier de faire le toucher rectal pour se rendre compte de la présence ou de l'absence de l'utérus.

3° Le diagnostic posé, l'intervention faite, faire encore un examen soigneux des organes génitaux ; on pourra recon-

naître que ce qu'on prenait pour une hématométrie n'était en réalité qu'un hémato-colpos ; on pourra, de plus, donner des renseignements très intéressants pour la famille au point de vue du mariage et d'une maternité possible.

4^o Contrairement à l'opinion classique, nous croyons que l'hémato-colpos est une affection plus fréquente que l'hématométrie. Bien des observations anciennes d'hématométrie ne sont que des observations d'hémato-colpos.

5^o Les suites opératoires sont simples et sans gravité contrairement à l'opinion des chirurgiens du début de la période antiseptique qui considéraient l'opération de l'hémato-colpos comme devant comporter un pronostic très grave. Presque tous leurs malades mouraient en effet de péritonite généralisée.

VU :

Le Président de la thèse,
P. SEGOND.

VU :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — *Gazette médicale*, 1835, pp. 786 et 817.
- ANDRIEU. — *Annales d'Obstétrique*, 1843, p. 415.
- BONNECAZE. — Traitement chirurgical des imperfections congénitales du vagin, Paris, 1872.
- BOUCHET. — Occlusion complète de l'orifice du vagin à l'âge de la puberté, *Journ. de la Sect. de méd. Soc. acad. Loire-Inf.*, Nantes, 1833.
- BURVENICH. — Note sur un cas d'hématocolpos, *Ann. Soc. de méd. de Gand*, 1889.
- BROUARDEL. — Membrane hymen, son examen, ses différentes formes, *Gaz. des hôp.*, 1887.
- BERNUTZ. — Clinique médicale des maladies des femmes, tome I.
- BAKER-BROWN. — *Surgical diseases of women*, p. 139.
- BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, 4^e édition, tome X, p. 447.
- F. CHURCHILL. — *Maladies des femmes*.
- A. COURLY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1866.
- CHANTREUIL. — Cloison transversale du vagin, *Bull. Soc. anat. de Paris*, 1866.
- CASTRAN. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 225.
- DEBROU. — *Gazette médicale*, 1854.
- DUZÉA. — Cloisonnement complet du vagin par bride circulaire transversale. Rétention menstruelle consécutive ayant produit une tumeur utéro-vaginale. Ponction puis incision du cloisonnement, *Province médicale Lyon*, 1887.

- DUMONT-PALLIER. — Imperforation du vagin. Rétention des règles, *Compte rend. Soc. de Biolog. Paris*, 1880.
- DELISLE. — Observation d'une rétention de règles par une double obstruction congénitale du vagin, *Journal de Méd. chirurg. pharmac. Paris*, 1818.
- DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin complet et incomplet, d'origine congénitale, Paris, 1877.
- GUÉRETIN. — Etude sur l'imperforation de l'hymen, *Thèse. Paris*, 1873.
- GUÉNIOT. — Des rétrécissements cicatriciels du vagin, *Bull. et Mém. de Soc. d'Obst. et gynécol. de Paris*, 1886.
- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale, tome III.
- HERVEZ. — Archives générales de médecine. Première série, tome XXI.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LEGAY. — Développement de l'utérus jusqu'à la naissance, *Thèse de Lille*, 1884.
- LARRIVE. — Occlusion vaginale consécutive à une parturition. Rétention du flux menstruel sans dilatation de la cavité utérine. Opération. *Mém. et comptes rendus Soc. des Sc. médicales de Lyon*, 1880.
- LYON. — Essai sur les rétrécissements du vagin congénitaux et acquis, Paris, 1887.
- MESNARD. — Rétention des règles durant six mois par occlusion du vagin. Ponction, guérison, *Archives de tocol. Paris*, 1891.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- POZZI. — *Annales de gynécologie*, avril 1884.
- POLAILLON. — Maladies des femmes, 1901.
- PUECH. — *Annales de gynécologie*.
- REVILLOT. — Imperforation du vagin. Menstruation supplémentaire par des tumeurs hémorroïdales. Accès épileptico-hystériques, *Gaz. des hôpitaux de Paris*, 1878.
- REITTERER. — *Journal de l'Anatomie*, 1890.
- STEDMAN. — *Edinburgh medic. and. surg. Journal*, vol. XXXVII, p. 26.
- TRIPPIER. — Des obstructions du canal utéro-vaginal et de leur traitement, *Gaz. obst.*, Paris, 1878.

VERNEUIL. — Oblitération cicatricielle du vagin. Rétention des règles. Opération, guérison, *Union méd de Paris*, 1863.

J.-M. WARREN. — *Reports on obstetrics of Amer. med. Associat.*, p. 58.

WATSON. — *New-York Journal of Medicine*, 1845.

WORMALD — *Medical Times and Gaz.*, 11 décembre 1852, p. 58.

SIREDEY. — *In Traité de Médecine Brouardel et Gilbert.*

PICHEVIN. — *In Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.*

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Embryologie	11
CHAPITRE II. — Pathogénie	15
CHAPITRE III. — Symptomatologie.	19
CHAPITRE IV. — Diagnostic et traitement	32
OBSERVATIONS.	35
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	47

